

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N° 350

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Joseph LEFEBVRE

Né le 2 mars 1895, à Wardrecques (Pas-de-Calais)

L'AVENIR OBSTÉTRICAL
DES FEMMES

AYANT SUBI LA MYOMECTOMIE ABDOMINALE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

168

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N° 350

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Joseph LEFEBVRE

Né le 2 mars 1895, à Wardrecques (Pas-de-Calais)

L'AVENIR OBSTÉTRICAL DES FEMMES

AYANT SUBI LA MYOMECTOMIE ABDOMINALE



Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1922



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et Chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
CH. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
RÉNON.

Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Clinique thérapeutique chirurgicale
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée

LECÈNE.
LETULLE.
PRENANT.
DUVAL.
POUCHET.
CARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies contagieuses

ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBÉCOURT.
CLAUDE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
P. DELBET.
GOSSET.
HARTMANN.
LEJARS.
DE LAPERSONNE.
LEGUEU.
BAR.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
J. L. FAURE.
Aug. BROCA.
VAQUEZ.
SEBILEAU.

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI.
ALGLAVE.
BASSET.
BAUDOÛIN.
BLANCHETIÈRE
BRANCA.
CAMUS.
CHAMPY.
CHEVASSU.
CHIRAY
CLERC.
DEBRE.
DESMAREST.

DUVOIR.
FIESSINGER.
GARNIER.
GOUGEROT.
GRÉGOIRE.
GUILLEMINOT.
GUENIOT.
GUILLAIN.
HEITZ-BOYER.
JOYEUX.
LABBÉ HENRI.
LAIGNEL-LAVAS-
TINE.

LANGLOIS.
LARDENNOIS.
Le LORIER.
LEMIERRE.
LEQUEUX.
LEREBoullet.
LERI.
LEVY-SOLAL.
MATHIEU.
METZGER.
MOCQUOT.
MULON.
OKINCZYC.

PHILIBERT.
RATHERY.
RETERER.
RIBIERRE.
RICHAUD.
ROUSSY.
ROUVIERE.
SCHWARTZ, A.
TANON.
TERRIEN.
TIFFENEAU.
VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible gage de ma profonde
reconnaissance et bien vive af-
fection.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE VICTOR

MARÉCHAL DES LOGIS AU 46^{me} ARTILLERIE DE TRANCHÉE

MORT POUR LA FRANCE, LE 22 AOUT 1917,

AU BOIS-MARIN, PRÈS CHASSEMY (AISNE)

(MÉDAILLE MILITAIRE, CROIX DE GUERRE)

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

MARIE ANTOINETTE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES ONCLES, P. RICHARD ET E. DUPRÉ

OFFICIERS DE SANTÉ

Gage de ma bien vive affection.

AUX PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

*Hommage de notre bien vive
gratitude et respectueux attache-
ment.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELEPINE
PROFESSEUR SUPPLÉANT
A LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE
ASSISTANT DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Hommage de notre reconnaissance.

A MON CAMARADE D'INTERNAT ANTOINE LAVRAND

*en souvenir de nos cordiales re-
lations.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

▲ LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

*Hommage de notre respectueuse
reconnaissance.*

A MON CAMARADE D'ÉTUDES RENÉ ALLAIRE
MÉDECIN AUXILIAIRE AUX ARMÉES
MORT POUR LA FRANCE

AUX SOLDATS FRANÇAIS MORTS EN CAPTIVITÉ
AUX CAMPS DE WITTENBERG ET BAUTZEN

*Hommage de ma vénération et de
mon impérissable souvenir.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLICIEN HIDDEN
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
CHEF DE CLINIQUE ADJOINT
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Il nous a inspiré et guidé dans
la rédaction de ce travail.
Nous lui adressons nos meilleurs
remerciements.*

AVANT-PROPOS

Ce nous est un agréable devoir de remercier M. le professeur Tuffier des encouragements qu'il nous donna au cours de ce travail ; depuis longtemps il est en France le défenseur de la myomectomie abdominale ; en 1904 dans une monographie de l'œuvre médico-chirurgicale il en a précisé les indications et contre-indications ; nous lui sommes très obligés de nous avoir permis de compulsier ses registres d'observations.

Nous prions nos maîtres de la Faculté libre de médecine de Lille d'agréer l'expression de notre bien vive gratitude pour la sollicitude qu'ils nous témoignèrent au cours de nos études : nous sommes particulièrement reconnaissant à MM. les professeurs Delassus, Voituriez et Vouters de l'accueil confiant qu'ils nous ont réservé au cours de notre internat dans leurs différents services.

A tous ceux qui furent pour nous au cours de la guerre des chefs estimés et aimés, à nos camarades des 233^{me} et 408^{me} régiments d'infanterie, à nos camarades de captivité, nous exprimons le souvenir de notre bien vive et durable affection.

Un merci tout particulier au lieutenant-colonel Gau-

truche du 295^{me} régiment d'infanterie, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, à M. le docteur Hovelacque, professeur agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, médecin de bataillon pendant la guerre. Ils nous aidèrent à tromper l'ennui des longues journées de Rastatt et Graudenz en captivant notre attention à l'étude de l'anatomie et de la pathologie.

FIBROME ET GROSSESSE

1. — Fibrome et stérilité

M. le professeur Pinard, dans sa leçon magistrale du 30 mai 1922, venait affirmer avec la conviction puissante que lui confère sa haute autorité, sa grande science et une magnifique expérience de cinquante années, que la femme qui dépasse l'âge de 25 ans sans avoir été fécondée est exposée de ce fait à des troubles fonctionnels dont la manifestation la plus fréquente porte sur l'appareil central de la reproduction et se manifeste par le développement de fibrome; en d'autres termes, la stérilité, qu'elle soit involontaire pour des raisons d'ordre social ou moral, qu'elle soit volontaire ou même la stérilité secondaire ont pour conséquence une perversion de l'activité génitale dont la manifestation la plus connue est le développement du fibrome.

Cette question des rapports des fibromes et de la grossesse a fait l'objet de discussions très nombreuses mais il semble bien acquis maintenant que l'infertilité joue dans l'étiologie des fibromes un rôle primordial : « C'est l'inaction de l'appareil génital qui permet à ces parasites de se développer ».

Cependant il faut reconnaître que la question ne se

pose pas toujours de façon aussi simple, la femme mariée tard à 25, 30 ans et davantage peut déjà porter un fibrome au moment de ses premiers rapports et la question se pose alors de savoir si cette femme est susceptible encore d'avoir des enfants, de savoir aussi comment évoluera la gestation et comment se passera l'accouchement.

1° le fibrome peut être secondairement une cause de stérilité.

Le fibrome peut être une cause de stérilité non pas tant par lui-même ni de par sa nature que par les troubles qu'il détermine :

a) par lui-même, le fibrome est susceptible de produire des troubles mécaniques qui rendent la fécondation difficile ou impossible, il peut constituer un obstacle s'opposant au cheminement de l'ovule qui doit passer de l'ovaire dans la trompe et de là dans l'utérus, ou bien il peut constituer un obstacle qui s'oppose à la pénétration du spermatozoïde dans le col de l'utérus. Le plus souvent, le fibrome peut être une cause de déviation de l'utérus ou du col et particulièrement de rétroversion et dans ces cas être indirectement une cause de stérilité.

b) de par sa nature, le fibrome n'est pas de nature maligne. Quelquefois cependant on assiste à une dégénérescence du fibrome mais dans ces cas encore la fécondation peut être possible.

c) par les troubles qu'il détermine.

La muqueuse utérine réagit dans le cas de fibrome et

cette réaction peut se manifester soit par une action glandulaire, soit par une action vasculaire. Les réactions glandulaires que l'on a qualifiées de **métrite** ou **endométrite** et que Roche appelle la **pseudo-métrite** se manifestent par un écoulement visqueux et blanchâtre qui constitue un obstacle réel à la fécondation.

La réaction vasculaire peut donner lieu à des hémorragies dont la fréquence et l'abondance sont très variables au début mais qui peuvent constituer un véritable danger. Cette hémorragie n'est pas toujours une cause de stérilité, elle peut même s'arrêter entièrement lorsque survient une fécondation et l'on pourrait presque dire que la gestation est son meilleur traitement.

d) par les lésions surajoutées.

Il est assez fréquent de voir associée au fibrome l'existence de lésions ovariennes ou annexielles. C'est dans ces cas que l'on voit apparaître l'ovaire sclérokystique assez souvent unilatéral.

2° le fibrome peut entraîner des complications de la gestation.

D'une façon générale, le fibrome n'a aucune influence néfaste sur l'évolution d'une gestation, les incidents sont donc l'exception; ils peuvent exister cependant.

a) troubles de compression.

Le fibrome par son volume ou par son siège a pu dans certains cas provoquer des troubles de compression du côté de la vessie ou de l'intestin, il a pu aussi produire une coudure, une torsion de l'uretère et favoriser ainsi l'apparition de pyélonéphrite. (Brindeau).

Ces incidents, d'ailleurs rares, exigent un traitement

d'espèce qui est variable suivant l'époque d'apparition et suivant le volume et le siège du fibrome.

b) hémorragie. On observe assez fréquemment des hémorragies mais celles-ci paraissent dues à une insertion vicieuse du placenta qui serait plus fréquente dans les utérus fibromateux.

c) avortement.

D'après Vignes (*Journal des Praticiens*, février 1921) l'avortement pourrait être causé par le fibrome.

Dans un cas de Morestin (*Société anatomique*, novembre 1900) on observe, non pas l'avortement, mais une rupture de gestation ectopique coexistant avec plusieurs fibromes dont un prolabé en arrière qui couvait latrompe. Un cas analogue observé par Vauverts de Lille est cité par Dartigue.

d) troubles généraux dus à une altération du fibrome.

Le fibrome peut subir du fait de la grossesse des modifications de volume et de consistance qui peuvent avoir des conséquences fâcheuses d'ordre mécanique et entraîner de la dyspnée ou des troubles circulatoires. On peut observer du fait de la grossesse des altérations anatomiques, un véritable œdème du fibrome et même une dégénérescence maligne du fibrome (Keiffer, *Revue française de Gynécologie et d'obstétrique*) mais la complication qui semble la plus fréquente et la plus redoutable est la torsion du fibrome au cours de la gestation qui oblige à une intervention chirurgicale immédiate.

3° Le fibrome peut compliquer l'accouchement.

D'après Vignes (*Journal des Praticiens*, 12 février 1921) on peut observer au cours du travail des complications causées par le fibrome.

a) Une diminution de la valeur contractile de l'utérus.

« Chaque nodule fibromateux interstitiel est susceptible d'agir comme un écran qui arrête la contraction utérine dans les fibres qu'il interrompt et qu'il raccourcit d'autant » d'où de nombreuses applications de forceps chez les primipares âgées porteuses de fibromes.

b) Les fibromes gênent l'accommodation en déformant la cavité utérine et sont de ce fait une cause de dystocie.

c) Le fibrome peut être previa et causer un obstacle au passage de l'enfant. L'on a bien cité des cas où se produit une réascension même tardive du fibrome permettant quand même le passage de l'enfant et même des cas où le fibrome ramolli et de petit volume se laisse aplatis par le passage de l'enfant mais ce sont des faits d'exception et il faut bien admettre qu'il y a des cas où le fibrome est previa et constitue un obstacle absolu à l'accouchement. Ce sont des cas redoutables exigeant une intervention chirurgicale.

d) Enfin le fibrome peut occasionner des complications de la délivrance soit par suite de l'insertion du placenta sur une zone fibreuse, soit encore par obstacle mécanique apporté à la sortie du placenta, soit par mauvaise qualité de la fibre contractile, enfin même, l'on aurait observé l'inversion utérine. De cette étude rapide on peut donc conclure que :

1° Il y a des complications et des troubles fonctionnels constituant un syndrome dont le fibrome n'est qu'une partie et qui peuvent survenir chez toute femme qui n'a pas satisfait d'une façon suffisante à la fonction de reproduction.

2° il y a des complications surajoutées chez ces femmes lorsqu'elles arrivent quand même à l'état de gestation et particulièrement au cours du travail. Nous avons à chercher quel traitement nous pouvons leur opposer.

2. — Traitement du fibrome en dehors et au cours de la gestation

Il semble légitime d'établir une distinction pour le traitement du fibrome entre les femmes jeunes et les femmes âgées.

Il faut envisager le traitement du fibrome en dehors de la gestation et au cours de la gestation.

A) EN DEHORS DE LA GESTATION

Le traitement du fibrome en dehors de la gestation est, à l'heure actuelle plus particulièrement un traitement qui s'adresse aux complications que détermine le fibrome : troubles de la santé, troubles de l'état psychique. L'on s'occupe spécialement de faire disparaître les *tumeurs* fibromateuses. On cherche à arrêter les *hémorragies*, d'ailleurs parfois graves. On cherche à calmer les *terreurs* qu'éprouve une femme lorsqu'elle sait qu'elle porte un fibrome. Ce mot même de fibrome semble provoquer un réflexe à une époque où l'on est très interventionniste.

Traitement médical. — Le traitement médical est généralement limité aux premières complications, il consiste essentiellement à assurer le repos de la malade et à utiliser la balnéation vaginale chaude à 50° qui a pour effet

de calmer les réactions excessives de l'utérus et particulièrement les réactions glandulaires hémorragiques. Mais on ne saurait prétendre, par ce moyen, arrêter ou faire régresser un fibrome et la femme reste exposée à toutes les complications ultérieures. A ce sujet, il convient de citer l'article de Ozenne dans le *Paris chirurgical* 1914. « Il faut rejeter tout traitement palliatif car en entretenant les malades dans une sorte de quiétude, il ne donne qu'une sécurité trompeuse et même constitue une thérapeutique nuisible vu les suites éloignées dangereuses auxquelles succombent ultérieurement beaucoup de malades ainsi traitées ».

Traitement par l'irradiation. — Il ne nous appartient pas de prendre parti dans cette longue et grande discussion, parfois passionnante, qui s'élève entre les chirurgiens et les partisans de l'irradiation.

Il est bien certain que l'on peut par les rayons X ou le radium arrêter les troubles fonctionnels tels que métrorragies ou bien encore réduire dans des dimensions très notables le volume de la tumeur utérine et supprimer ainsi les troubles de compression.

On ne peut nier que ce ne soit un résultat très appréciable de supprimer ainsi tous les troubles chez des femmes dont l'âge parfois ne permettrait plus une intervention chirurgicale, ou bien encore chez celles qui sont anémiées par une perte sanguine considérable et pour qui une opération paraîtrait redoutable et même enfin chez celles dont la nervosité extrême ne se prêterait pas à la chirurgie et l'on comprend que M. J.-L. Faure dise :

« Avant longtemps, il faut le croire et même le désirer la médecine regagnera sur nous une partie du terrain qu'elle a perdu, qu'elle perd encore chaque jour, la radiothérapie ou le radium nous enlèvent déjà la plupart des fibromes »

M. Bécère ajoute : la radiothérapie apparaît actuellement comme une méthode dont l'efficacité et l'innocuité ne peuvent plus être mises en doute.

L'on remarquera la statistique de M. Bécère présentée le 27 septembre 1919 à Bruxelles à l'Association des gynécologues de langue française. Sur 400 cas traités il y avait :

46 malades de trente à trente-neuf ans.

56 malades de quarante à quarante-neuf ans ;

98 malades de cinquante à cinquante-six ans.

Cette constatation de l'âge des malades est d'une importance capitale car M. Bécère lui même déclare que dans tous les cas, le traitement eut pour résultat « avec la disparition des métrorragies la suppression des fonctions menstruelles et cette suppression fut accompagnée de l'apparition pour ainsi dire constante des bouffées de chaleur caractéristiques de la ménopause.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical a consisté trop souvent, et pour bon nombre de chirurgiens presque exclusivement en l'ablation totale de l'utérus porteur de fibromes.

Les chirurgiens citent communément des statistiques portant sur un nombre considérable de cas d'hystérectomies pour fibromes. Qui pourra dire le nombre de fem-

mes estropiées ayant subi à tort ou à raison une amputation utéro-annexielle. Le succès de la roentgenthérapie et de la curiethérapie a provoqué chez les chirurgiens une réaction et un retour à des idées plus conservatrices dont nous trouvons l'écho à la société de chirurgie (Bulletin du 2 mai 1922), discussion qui se prolonge au cours des réunions suivantes.

M. P. Mathieu, Lapointe, Chifoliau défendent l'intervention chirurgicale en se basant sur son caractère majeur de pouvoir être conservatrice.

La conclusion du rapport de M. Fredet est, en résumé, une invitation faite aux chirurgiens de pratiquer plus fréquemment la myomectomie.

B) AU COURS DE LA GESTATION

L'intervention peut être pratiquée :

1° au cours de la gestation ;

2° au cours du travail.

1° au cours de la gestation. — L'intervention peut être nécessaire et doit être pratiquée à toutes les périodes de la gestation quand on se trouve en présence de complications graves qui constituent un danger immédiat. Ce peut être la torsion d'un fibrome pédiculé ou la dégénérescence d'un fibrome, ou bien encore ce peuvent être des troubles de compression de la vessie ou du rectum, une pyélonéphrite grave consécutive à une compression ou une torsion de l'uretère.

L'inconvénient de pratiquer une opération dans ces conditions est que l'état de la mère est toujours grave,

et que d'autre part le danger d'infection est plus inquiétant.

2^o *Au cours du travail.* — Les complications qui surviennent au cours du travail sont dues à la présence du fibrome au niveau du segment inférieur constituant un obstacle absolu à l'accouchement.

Deux solutions peuvent alors être envisagées.

A la myomectomie;

B la césarienne suivie ou non de myomectomie;

a) la myomectomie sur l'utérus gravide peut être faite préventivement avant le travail. — Fontaines (*Thèse Paris 1914*) préconise l'ablation des fibromes du corps utérin au 2^{me} ou 3^{me} mois, des fibromes du col au 5^{me} ou 6^{me} mois, mais il donne comme contre-indication à cette opération le siège du fibrome, l'épaisseur même de la tunique musculaire.

D'après Fontaines, la myomectomie au cours de la gestation s'adresserait surtout au fibrome pédiculé et encore expose-t-elle aux dangers d'avortement et d'hémorragie au point qu'il écrit : quand le fibrome est volumineux à implantation sessile ou interstitielle on peut toujours courir les risques d'une myomectomie sous réserve de terminer l'opération par une hystérectomie s'il se produit une hémorragie abondante ou si on ouvre la cavité utérine, plus loin, il ajoute : la technique est simple pourvu que la tumeur se laisse facilement extérioriser.

b) la section césarienne. — Il y a donc toute une catégorie de cas où il est impossible de faire la myomectomie

au cours de la gestation, dans lesquels la seule ressource pour extraire l'enfant est de recourir à l'opération césarienne pratiquée au début du travail. Ce sont les cas des tumeurs interstitielles qui exposeraient à une ouverture de la cavité utérine qui serait susceptible de provoquer l'infection ou l'avortement et qui en tout cas exposent à une hémorragie considérable. Cette opération césarienne terminée, il est possible à ce moment de procéder à la myomectomie. S'il faut en croire Victor Bonney in *British medical journal*, mars 1918, aucun moment n'est aussi favorable pour l'ablation d'un fibrome qu'immédiatement après la délivrance de l'utérus par opération césarienne, car la rétraction de cet organe diminue les dangers d'hémorragie et rend la suture particulièrement facile de sorte qu'il est possible d'observer secondairement par la suite l'accouchement spontané par les voies naturelles, fait qui illustre admirablement le pouvoir de réparation de la paroi utérine.

On objectera à cette méthode qu'il eût été plus simple d'enlever antérieurement à la grossesse ce fibrome et d'éviter ainsi une opération césarienne inutile.

De toute cette étude, il se dégage cette idée que chez les femmes jeunes le traitement idéal du fibrome est un traitement prophylactique exécuté en dehors de la gestation mais en prévision de celle-ci; c'est le traitement conservateur : la myomectomie.

HISTORIQUE DE LA MYOMECTOMIE

La chirurgie de l'appareil utéro-annexiel fut à l'origine essentiellement conservatrice. Le curettage, les ligatures utéro-ovariennes, la castration ovarienne s'inspiraient du désir de sauvegarder l'utérus, Clay Heath, 1843, Burnham, 1853, pratiquèrent des amputations partielles de l'utérus.

De 1850 à 1875, l'effort des chirurgiens est tout entier dirigé vers la perfection de l'hystérectomie. Kimball, Kœberlé, Péan, Pozzi apportent à cette méthode radicale toute leur science chirurgicale, aussi ne sommes-nous pas surpris d'assister à l'éclipse presque totale de la myomectomie.

Martin de Berlin, en 1878, la tire de l'oubli et vulgarise sa technique, longtemps cette opération restera connue sous le nom « d'opération de Martin ».

Freund de Strasbourg préconise l'incision de la cavité utérine afin de drainer par les voies naturelles.

Otto-Engström (d'Helsingfors) apporte au Congrès d'Amsterdam d'août 1899 une statistique de 180 cas répartis ainsi :

63 cas : tumeur solitaire.

37 cas : noyaux multiples en général de 2 à 5
une fois : 22 noyaux.

Le volume des fibromes a varié de celui d'une noisette à celui d'une tête d'homme.

La mortalité opératoire fut de 5 %.

En Amérique, le principal instigateur de la chirurgie conservatrice fut Kelly, dès 1892 il pratique la myomectomie. Il semble que cette opération ait été depuis lors pratiquée en Amérique sur une très grande échelle, puisque W. S. Mayo arrive à publier (*in journal of the am. med. an.*, juin 1920, p. 1865) une statistique de 741 cas de myomectomie.

En France, la question fut soulevée au Congrès Français de chirurgie en 1895.

Péan, passant en revue les méthodes chirurgicales dirigées contre le fibrome, s'exprime en ces termes « mes remarques sont basées sur une expérience que je puis qualifier de très étendue et c'est parce que j'ai traité un grand nombre de cas différents, que j'ai vu l'inanité de ceux qui pensent qu'un unique procédé peut suffire à tous. L'expérience m'a démontré, au contraire, qu'il fallait plier l'intervention chirurgicale aux circonstances essentiellement différentes que peut rencontrer la pratique ».

Témoin de Bourges, en 1896, apporte une statistique de 30 cas d'énucléations abdominales, 29 guérisons s'en suivirent.

Tuffier, en 1897, demande que les opérateurs n'enlèvent pas systématiquement ovaires et trompes quand cette ablation n'est pas exigée par leur état pathologique ou le succès même de l'intervention. Il étaye cette considération sur le mémoire de Jayle concernant les effets physiologiques de la castration ovarienne.

En 1900, Tuffier publie un mémoire sur l'extirpation des fibromes par la voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes. Il inspire la thèse de Zwibel sur le même sujet.

Dans la *Semaine médicale* de 1904, Mac Henkel dans une contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice des fibromyomes utérins écrit :

« Un des plus graves inconvénients de l'hystérectomie totale ou subtotale est la brusque ménopause artificielle qu'elle détermine. En cas de fibromyomes utérins les ovaires sont hypertrophiés et la ménopause s'en trouve retardée de cinq années en moyenne. Le fait de laisser en place un ovaire ne suffit pas à remédier à ces accidents, car ceux-ci sont également fonction de la suppression de l'utérus et plus ce dernier est volumineux, plus graves sont les troubles présentés par la malade.

« C'est pour cette cause qu'ils font presque totalement défaut chez les malades réglées hystérectomisées pour cancer utérin ou annexite suppurée ».

Dans le *Paris chirurgical* de 1914 nous extrayons les lignes suivantes : « En réponse à Vautrin et Gustave Bernard qui avaient défendu en 1900 la bénignité du fibrome, Ozeme écrivait : Il faut rejeter tout traitement palliatif, qu'il soit médical, électrique ou balnéothérapique, car en entretenant les malades dans une sorte de quiétude il ne donne qu'une sécurité trompeuse et même constitue une thérapeutique nuisible, vu les suites éloignées dangereuses et le genre de mort : — dégénérescence graisseuse et scléreuse des reins, du foie, du cœur, du système vasculaire — à laquelle succombent ultérieurement beaucoup de malades ainsi traitées.

Il y a, bien entendu, intérêt pour les malades à ce que l'ablation de ces tumeurs soit faite à l'époque la plus rapprochée de leur début *ab ovo*. C'est une condition qui permet de recourir à la chirurgie conservatrice, à une simple énucléation dont les avantages sont :

D'éviter la ménopause artificielle;

De garder à l'organisme de la femme la sécrétion interne de l'utérus nécessaire à l'équilibre physiologique;

De lui permettre de devenir enceinte.

Il convient de citer parmi les auteurs français qui depuis 1900 mènent la campagne de myomectomie le Docteur Goullioud (de Lyon). Dans la thèse de Benoît-Gonin (1913) cet auteur apportait une statistique de cinq grossesses consécutives à la myomectomie et une statistique d'ensemble de 74 cas d'énucléations abdominales.

Le Dr Goullioud a signalé depuis 6 autres cas de grossesses survenues après cette opération.

En cette année 1922, il semble que cette question intéresse d'une façon particulière le monde médical aussi bien les accoucheurs que les chirurgiens.

Chez les accoucheurs, M. le Professeur Couvelaire a posé la question à la société d'obstétrique et de gynécologie.

Chez les chirurgiens, à l'occasion d'un rapport de M. Fredet, toute la société de chirurgie s'est émue et il s'en est suivi sur le traitement des fibromes une longue discussion qui occupa plusieurs séances pendant les mois d'avril, mai et juin 1922.

A la dernière séance M. Fredet a conclu de cette discussion que la nécessité de faire des myomectomies

devait s'imposer de plus en plus à l'attention des chirurgiens.

L'on peut donc dire que la question de la myomectomie redevient d'une actualité brûlante puisque ces deux grandes sociétés scientifiques l'inscrivent à leur ordre du jour et se préoccupent de lui donner une solution.

INDICATIONS ET DANGERS DE LA MYOMECTOMIE

Indications

Les indications de la myomectomie en vue de gestation varient suivant l'âge de la femme, le volume des fibromes, leur siège, leur nombre.

Age de la femme. — Benoît Gonin répartit ainsi celles dont il fait mention dans sa thèse :

Au-dessous 20 ans....	1
De 20 à 40 ans.....	73
Au-dessus 40 ans.....	5

La malade dont MM. Didier et Hidden ont rapporté l'observation avait 28 ans.

M. Walther signale 2 cas de grossesses, consécutives à deux myomectomies faites chez de jeunes femmes, sans plus de précision quant à leur âge. M. Goullioud a rapporté dans la *Presse Médicale* (25 février 1922) l'observation d'une myomectomie avec grossesse consécutive chez une femme de 28 ans.

Les cas les plus favorables coïncident en réalité avec l'âge normal de la conception que celle-ci ait été retardée volontairement ou empêchée par le fibrome.

Volume du fibrome. OBS. XVI in thèse Benoît Gonin (D^r Goullioud). — Enucléation sans ouverture de la cavité utérine d'un fibrome pesant 2 kgr. 500, d'un volume énorme.

OBS. XV (D^r Goullioud). — Enucléation d'un fibrome volume de deux poings d'adulte sans ouverture de la cavité utérine.

OBS. XVII. — Enucléation d'un myome face antérieure, énucléation myome face postérieure, volume d'une mandarine, voisinant un petit nodule fibreux enuclée par la même incision. Poids total des myomes enlevés : 212 grammes.

OBS. XIV. — Tumeur dépassant l'ombilic à gauche.

*Observation d'une malade opérée par le D^r Goullioud
en février 1918*

Enucléation d'un fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus.

Volume d'une tête fœtale.

Observation de MM. Didier et Hidden

Neuf petits noyaux dont un de la grosseur d'un œuf.

1^{re} Observation de M. Walther

Enucléation d'un fibrome du volume d'une tête d'enfant.

2^{me} Observation de M. Walther

Enucléation de cinq fibromes.

Observation de M. Tuffier

Énucléation de 3 fibromes paroi antérieure. Volume d'une noix à une mandarine.

Benoît Gonin classe ainsi les résultats de ses recherches :

2 fois des myomes gros comme une noix ou un œuf de pigeon;

10 fois des myomes gros comme un œuf de poule;

3 fois des myomes d'un diamètre de 5 à 8 centimètres;

19 fois des myomes gros comme le poing;

12 fois des myomes d'un diamètre de 10 à 15 centimètre;

18 fois des myomes gros comme une tête d'enfant, d'adulte ou même davantage.

Le volume du fibrome semble donc très difficilement pouvoir être considéré comme une contre-indication à l'hystérotomie si l'on songe que Goullioud énucléait un fibrome plus grand qu'une tête d'enfant, que Walther enlevait par hystérotomie un fibrome qui dépassait l'ombilic.

Tuffier particulièrement a enlevé des fibromes de volume considérable et c'est à son exemple qu'il faut se rallier. Le volume du fibrome ne contre-indique nullement la myomectomie, on pourrait presque dire qu'il la favorise parce que la plupart du temps il a des limites bien nettes et il est facile à énucléer.

Il est intéressant de remarquer à ce propos que le volume du fibrome a souvent servi à départager les par-

tisans de la chirurgie et ceux des radiations. Il est admis qu'il ne faut pas traiter par les rayons X les fibromes trop volumineux et qu'il convient de les réserver à la chirurgie.

Nous nous déclarons partisans de cette idée à condition que l'on veuille parler de chirurgie conservatrice particulièrement indiquée dans ces cas.

Nombre des fibromes. — C'est une des grandes objections qui a été faite à la myomectomie.

Combien de fibromes furent énucléés chez les femmes dont nous avons les observations.

M. Tuffier (deux) : 1 volume tête fœtale; 1 autre gros comme le poing.

M. Walther : Première observation : un; deuxième observation : cinq.

M. Goullioud :

1° Trois fibromes ne constituant en réalité qu'un seul bloc;

2° Un fibrome;

3° Un fibrome;

4° Trois fibromes (2 face postérieure, 1 face antérieure)

5° Un fibrome du fond de l'utérus, ablation des annexes.

MM. Didier et Hidden : 9 petits noyaux disséminés dans toute l'épaisseur du muscle utérin.

L'idée la plus ancienne sur cette question et qui est du reste purement théorique est qu'il convient surtout de réserver la myomectomie au cas du fibrome unique et l'on disait même pédiculé.

Il suffit de voir le nombre de myomectomies entreprises par des auteurs comme Tuffier pour voir combien cette notion s'est modifiée et combien la chirurgie est devenue plus audacieuse.

Tuffier enlève tous les noyaux quelqu'en soit le nombre, mais il préconise une technique spéciale. Il incise l'utérus sur la ligne médiane — ligne avasculaire — et essaye d'énucléer ainsi plusieurs noyaux par la même incision.

Didier et Hidden ont fait des incisions multiples, l'utérus dilacéré était devenu une véritable éponge, mais ils ont soin de réparer méthodiquement chaque plaie utérine et ne craignent pas de placer des fils nombreux dans l'intérieur du muscle utérin.

Enlever tous les noyaux, même et surtout les plus petits, c'est un des plus sûrs moyens d'éviter la récurrence qui est due le plus souvent à une opération insuffisante.

Le nombre des incisions n'importe pas plus que leur étendue, ce qui importe est de réparer minutieusement, de suturer toutes les brèches sévèrement et surtout d'être d'une asepsie rigoureuse.

Le siège du fibrome. — Un fibrome peut être sous-séreux, interstitiel ou sous-muqueux.

Le fibrome sous-séreux, le plus souvent pédiculé est certainement le plus facile à enlever, mais s'il faut en croire Bethel Solomons cette opération facile n'a guère d'intérêt au point de vue de la stérilité, point qui nous intéresse spécialement.

Cet auteur affirme que les fibromes pédiculés ne sont

que tout à fait exceptionnellement, une cause de stérilité.

Leur énucléation présente au contraire un très gros intérêt dans le but de prévenir les accidents graves de torsion du pédicule et de déviations utérines dont ils peuvent devenir accidentellement la cause.

Il semble bien du reste que les cas de grossesses survenues après une myomectomie sont sous la dépendance de l'ablation de fibromes interstitiels. Ce dernier est donc celui qu'il convient d'enlever si l'on veut obtenir la fécondation. Mais, d'autre part, l'opération est plus compliquée et de nombreux auteurs redoutent alors les dangers d'hémorragie ou de rupture.

Dans une thèse récente (Fontaines, 1914) l'auteur soutient que le siège du fibrome peut être une contre-indication à la myomectomie et que de nombreux auteurs redoutent tout particulièrement l'ouverture de la cavité utérine.

Ouverture de la cavité utérine. — Winter n'admettait la conservation de l'utérus qu'en cas de blessure extrêmement minime de la muqueuse, Martin considérerait comme un avantage très appréciable, de laisser l'endomètre intact, mais :

« S'il se présente au cours d'une opération conservatrice, la possibilité de voir dans la cavité utérine, je ne considère pas cela le moins du monde comme une complication; je résèque de la muqueuse, pour la plupart du temps un morceau assez gros pour enlever la partie irritante et, par la diminution de la surface de la muqueuse,

j'ai la possibilité de faire rétrocéder les hémorragies et les sécrétions dans les limites normales. »

M. Tuffier considère, au point de vue chirurgical, l'ouverture de la muqueuse comme un bien, cela permet de vérifier par le toucher l'état de la sous-muqueuse et d'y déceler la présence de petits noyaux fibromateux dont l'évolution serait certainement plus préjudiciable que la simple incision.

D'autre part, cette ouverture a l'avantage d'un drainage facile par les voies naturelles préalablement dilatées.

De quels dangers peut-on faire grief à l'ouverture de la cavité utérine? Celui d'une cicatrice empêchant l'amplication normale de l'utérus. Certes, le reproche peut être gros de conséquences et faire bannir complètement la myomectomie, mais quelle différence réelle voit-on entre la cicatrice d'une myomectomie aseptiquement réalisée et celle de la césarienne itérative.

Le gros danger n'est pas dans le fait que l'utérus ait été incisé mais dans celui de l'infection concomitante, cause d'une disjonction plus ou moins grande, ébauche, naturelle, d'une rupture utérine.

Le danger est moindre, l'opération césarienne est pratiquée chez des femmes dont le travail de gestation est augmenté par un obstacle. M. Guéniot a insisté sur la possibilité de ces ruptures spontanées dans les accouchements dystociques, le segment supérieur luttant par des contractions énergiques contre un obstacle au passage de l'enfant, et le segment inférieur allongé, distendu, aminci, sous l'influence des contractions

violentes du segment supérieur du corps utérin finit par éclater suivant le mécanisme mis en lumière par Bandl, ou bien encore se perfore par une sorte d'usure, d'attrition résultant de sa compression entre la partie fœtale et le pourtour osseux du bassin, suivant le mécanisme décrit par Mme Lachapelle.

M. Couvelaire a particulièrement insisté sur la prédisposition aux ruptures utérines que peut laisser après elle l'opération césarienne, déchirure pouvant être complète, intéressant à la fois la musculuse et la séreuse, incomplète laissant la séreuse intacte.

Le Dr Goullioud sur 74 cas rapportés par Benoît-Gonin a ouvert la cavité utérine 13 fois, une grossesse suivit un de ces cas, elle se termina pas un avortement qu'on peut tout aussi bien rattacher à une récidue de myome, ou à toute autre cause.

Benoît-Gonin relate 13 autres cas où la cavité utérine fut ouverte; 9 cas d'Engström; 1, de Vineberg; 1, de Guérard; 1, de Muller; 1, de Werder et 1. de Achmidt.

A part les 3 derniers cas et 1 d'Engström toutes les malades accouchèrent, quelques-unes même plusieurs fois, sans que, ni l'accouchement ni les suites de couches, n'aient présenté de complications.

La malade d'Engström chez laquelle on avait placé un drain jusque dans le vagin par la plaie faite, eut un avortement au deuxième mois, sans que dit Nyström, l'on puisse préciser si cet accident doit être rattaché à la cicatrice utérine datant de l'opération, d'autant plus que la malade était âgée de quarante-trois ans.

M. Tuffier, dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* du 3 juin 1919, rapporte le cas d'une malade autopsiée par M. Darier et au sujet de laquelle il lui fut demandé quelle opération cette malade avait subie, on ne relevait aucune trace opératoire.

Elle avait été myomectomisée et seule la partie profonde de la cicatrice était encore constatable.

M. le Professeur Couvelaire écrivait en 1909 : « La cicatrice du muscle lisse est toujours une cicatrice conjonctive. Les deux lèvres de la plaie sont réunies par une bande de fibrine. Cette bande de fibrine sert de substratum à la charpente conjonctive qui va servir de trait d'union entre les faisceaux musculaires sectionnés. Il n'y a pas de régénération de fibres lisses. »

Rietschl, Rindfleisch, Enderles, concluent de leurs études que la cicatrisation se fait par l'intermédiaire de tissu fibreux sans régénération de l'élément musculaire lisse.

Braun, Fernuald, Schauta croient la restitutio ad integrum parfaitement possible.

Masin et Williams, expérimentant sur des utérus de chienne et de cobaye, arrivent à des conclusions analogues et estiment que la régénération des fibres lisses peut se faire dans les cas très favorables et que la paroi utérine suturée peut présenter une solidité aussi grande qu'auparavant.

Morisson-Lacombe conclut de l'étude qu'il fait de la cicatrice utérine consécutive à l'opération césarienne que dans les trois quart des cas on aura une cicatrice donnant toute sécurité, que dans un quart des cas seu-

lement, la cicatrice présentera un amincissement plus ou moins considérable et constituera une menace de rupture, encore faut-il dire que même dans des cas d'amincissement extrême des accouchements répétés de gros enfants ont pu se faire, sans la moindre complication, en particulier sans rupture.

Autre conclusion de M. Morisson-Lacombe :

Ni dans les anamnestiques, ni dans l'examen local, on ne trouve de symptômes objectifs, permettant d'apprécier de façon sûre la solidité de la cicatrice utérine.

Si donc l'on examine les résultats des myomectomies ayant nécessité l'ouverture de la cavité utérine, on voit que la muqueuse a pu être ouverte dans de nombreux cas sans le moindre inconvénient et que même dans l'observation de Didier et Hidden, la muqueuse utérine a pu être ouverte en quatre endroits et suturée facilement, permettant ainsi l'évolution d'une grossesse normale à terme avec accouchement d'un enfant vivant. Si d'autre part, on compare ces résultats et ceux de la césarienne et tout particulièrement de la césarienne itérative rapportés par M. Morisson-Lacombe à la clinique Baudelocque, on trouve entre eux de grandes analogies. Il est plus facile du reste de réaliser de bonnes conditions d'asepsie dans la myomectomie par fibrome que dans la césarienne en général.

TECHNIQUE OPERATOIRE

La malade est préparée comme pour toute laparotomie.

Anesthésie générale ou rachianesthésie suivant les cas.

Laparotomie. — On fait une laparotomie sous-ombilicale médiane, bien préférable pour cette opération aux incisions transversales qui malgré les bons écarteurs brident toujours un peu le champ, il est inutile en général de prolonger l'incision plus haut que l'ombilic.

On amène autant que possible l'utérus hors du ventre, s'il est très volumineux, on le luxe avec la main, s'il est petit on l'amarre au niveau de son isthme avec l'hystérolabe, puis on refoule avec des champs souples la masse intestinale. On examine alors l'utérus, on reconnaît le nombre des fibromes, on les palpe de la main, on les mobilise autant qu'on peut le faire dans le but de voir s'ils sont encapsulés ou non, on peut prévoir dès après cet examen la facilité ou la difficulté de l'énucléation.

A ce moment on peut s'attaquer aux noyaux fibreux, les incisions de l'utérus varient suivant les auteurs, l'incision verticale large médiane a été employée par la plupart des auteurs. Elle fut préconisée par M. Tuffier.

On peut par cette incision aller cueillir les fibromes à droite et à gauche de la tranchée creusée dans l'utérus.

Les auteurs qui ont le plus employé cette technique prétendent qu'elle a l'avantage d'être sans danger d'hémorragie, la ligne médiane étant avasculaire. Mais, en réalité, une fois la première incision pratiquée, ils sont obligés dans le cas de fibromes interstitiels de dilacerer latéralement l'épaisseur du tissu musculaire.

Il nous semble préférable de revenir à une autre technique, la plus ancienne en date, décrite par Martin et qui fut utilisée dans l'opération faite par MM. Didier et Hidden, et dans plusieurs cas par M. Gquillioud.

Incision directe sur le noyau fibromateux n'importe où il se trouve de façon à arriver sur lui par le chemin le plus court. Autant d'incisions qu'il y a de fibromes. Il ne faut pas craindre l'hémorragie; les incisions franches et nettes de l'utérus saignent peu. Ce sont les prises de pinces sur l'utérus qui écrasent et qui saignent, mais une ligne bien nette est facile à suturer par la suite; dans plusieurs cas il nous est arrivé d'appliquer pendant quelques secondes une compresse alcoolisée sur une tranche saignante et cette manœuvre a suffi à tarir l'hémorragie (Didier).

Il ne reste qu'à attaquer le noyau vers lequel on s'est dirigé, le mieux est de le saisir avec une très fine pince de Museux; s'il est encapsulé, un coup du bout des ciseaux courbes le décortiquera comme un kyste sébacé. S'il est diffus, on le disséquera aux ciseaux, au besoin en mordant un peu sur le tissu utérin.

Cela fait, il est bon de toucher légèrement à l'iode la

cavité ainsi creusée, puis on la répare par points séparés au catgut fin. S'il est nécessaire d'ouvrir la cavité utérine, il ne faut pas hésiter à le faire, on la touche à la teinture d'iode et on la reconstitue au catgut double zéro, il est inutile de drainer. Si l'on fait de multiples incisions de l'utérus, il est recommandable de remplir les cavités laissées par l'ablation des noyaux par des compresses de gaze, et de continuer les énucléations jusqu'à la dernière. On commence seulement à suturer les plaies utérines quand le dernier noyau est enlevé; ce petit laps de temps permet à la petite hémorragie de se tarir et on suture complètement à sec (Didier).

Les sutures de la paroi utérine se feront à point séparés, au catgut 1 ou 2 suivant les cas, les points serrés modérément. Il ne faut pas trop serrer car on déchirerait les tissus, mais il faut seulement affronter.

La myomectomie terminée, on inspectera les annexes. Si un des côtés est lésé, il ne faudra pas hésiter à en faire l'ablation, à détruire un petit kyste pédiculé de l'ovaire ou de la trompe, à mettre dans un noyau kystique une pointe de feu.

Cela fait, l'utérus bien asséché est réduit dans le ventre; nous ne conseillons le drainage que dans des cas exceptionnels; en général, il est absolument inutile.

La paroi est refaite en trois plans, comme dans toute laparotomie.

RÉSULTATS DE LA MYOMECTOMIE CONSIDÉRÉE DU POINT DE VUE OBSTETRICAL

L'observation des faits et l'étude des résultats obtenus nous indiqueront si la myomectomie est une opération qu'il est nécessaire de pratiquer malgré ses risques.

La question qui intéresse particulièrement l'accoucheur est le nombre de gestations obtenues à la suite de cette opération et la façon dont évolue la gestation et celle dont se passe l'accouchement.

A) Nombre de grossesses consécutives à la myomectomie

La liste des auteurs ayant réussi à obtenir des fécondations après la myomectomie est déjà grande et nous ne pourrions sans doute malgré notre désir les citer tous.

Ascher, en 1890, publie l'observation d'une femme devenue enceinte trois ans après l'énucléation d'un fibrome. Elle mena sa grossesse à terme parfaitement.

Muller, en 1895, opère par la myomectomie conservatrice une femme de 25 ans, elle devient enceinte un an après, et accouche à terme d'un enfant pesant 2.700 grammes.

Amann Junior de Munich opère, en 1899, une femme mariée et stérile depuis 8 ans; elle devient enceinte, fait

une fausse couche, redevient enceinte, accouche normalement; l'observation laisse la malade au cours d'une troisième grossesse qui évolue normalement.

Engström d'Helsingfors apporte, en 1897, 4 observations de grossesses, normales dans leur évolution et leur terminaison, survenues après énucléation de fibrome.

Weder en 1895 signale une observation du même genre.

Vérendinos (*Thèse* Paris 1900) rapporte une statistique de 290 cas d'énucléations abdominales avec 9 morts soit 3,1 %, 3 cas de récurrence et 14 cas suivis de grossesse.

Wibel (*Thèse* Paris 1900) sur 562 opérées trouve 18 grossesses ultérieures c'est-à-dire 3,2 %.

Winter en 1904 donne une proportion de 18 à 20 %.

Lundau en 1910, signale 2 cas de grossesse après 50 énucléations.

Monprofit eut 2 grossesses sur 50 opérées.

La statistique de Nyström établie d'après les énucléations faites par Nyström donne 27 fécondations ultérieures pour 207 myomectomies, soit une proportion de 13 %.

Le Dr Goullioud sur 74 opérées signale 5 cas de grossesses successives, observations que nous avons relevées dans la thèse de Benoit-Gonin et que l'on trouvera à la fin de ce travail. M. Tuffier relate dans le *Bulletin académique de médecine* du 3 juin 1919 le cas clinique d'une jeune fille de dix-neuf ans, à qui il enleva trois fibromes, tous trois dans le corps utérin, face antérieure et face postérieure. Cette opérée revue ultérieurement eut trois

grossesses dont l'évolution et l'accouchement furent normaux.

M. Tuffier, dans le même article signale quatre autres observations de grossesses sans incidents sur une quantité totale de 135 myomectomies. M. Walter rapporte l'observation d'une jeune femme à qui il enleva, deux ans après son mariage, un fibrome du volume d'une tête d'enfant. Dix-huit mois environ après l'intervention, il reçut la visite de cette jeune femme portant dans ses bras un très beau bébé.

Une autre jeune femme fut opérée par M. Walther qui énucléa cinq fibromes.

Dix-huit mois environ après l'opération elle accouchait à terme d'un enfant bien portant.

Nous relatons à la fin de ce travail l'observation d'une malade opérée par MM. Didier et Hidden et qui accoucha quelque temps après d'un enfant bien constitué, après application de forceps faite par prudence.

M. Walther considère l'énucléation abdominale comme étant une bonne opération, la paroi utérine supporte la grossesse, il considère avec M. Tuffier qu'il faut toujours tenter l'énucléation chez une femme jeune quand il n'y a pas de lésions annexielles.

Max Heukel dans la semaine médicale de 1904 rapporte la statistique d'Olshausen, 40 énucléations, 5 récidives.

Deux opérées devinrent enceintes et accouchèrent normalement.

Nous avons relaté antérieurement l'opinion de Bonney dans le *British medical journal* de mars 1918.

Noble estime que 10 % des femmes conçoivent après l'opération; Bonney signale qu'une malade chez qui il pratiqua l'utriculoplastie conçut trois fois successivement et à chaque occasion la délivrance par le vagin fut accomplie normalement — fait qui illustre admirablement le pouvoir de réparation de la paroi utérine.

En totalisant le nombre de femmes qui devinrent enceintes consécutivement à la myomectomie, nous arrivons au chiffre de 125, nul doute que ce chiffre est de beaucoup inférieur à la réalité, la plupart des malades myomectomisées ne sont point revues, sur 10 opérées de M. Tuffier, nous n'avons pu en retrouver qu'une seule. Son observation est assez intéressante.

M. Tuffier la myomectomisa au 4^{me} mois d'une grossesse et l'observation relate qu'il eut grand'peine à éviter de prendre dans la suture utérine profonde l'amnios presque découvert en cet endroit. Cependant, la grossesse suivit son cours jusqu'à 7 mois et demi. Accouchement prématuré. Enfant viable.

Cette femme revue le 24 mai dernier est actuellement au 7^{me} mois d'une gestation qui évolue normalement.

FRÉQUENCE DES GESTATIONS. — Nous ne dissimulons pas que d'après une longue énumération de cas isolés recueillis dans la littérature il est difficile de se faire une opinion juste. Il est déjà mieux de pouvoir recueillir quelques statistiques personnelles d'auteurs qui ont été à même de pratiquer un nombre sérieux de myomectomies et d'observer à leur suite des cas de fécondation. Voici quelques chiffres que nous avons pu recueillir.

Année	Auteur	Nombre de myomectomies	Nombre de gestations	Proportion
1900.....	Znibel	562	18	3,2 %
1904.....	Olshausen	40	2	5 %
1905.....	Ferendinos	290	14	5 %
1906.....	Nyström	207	27	13 %
1913.....	Goullioud	74	5	7 %
1920.....	Tuffier	135	5	4 %
1917.....	S. Mayo.	504	29	5 %
1920.....	S. Mayo	741	60	8 %

Bonney jugeant la statistique de Noble qui arrive à un pourcentage de 10 % trouve ce chiffre insuffisant ou tout au moins comme un chiffre incomplètement vrai.

« Beaucoup des opérées ont plus de 40 ans et la majorité d'entre elles au-dessus de 35, une bonne proportion d'entre elles sont célibataires.

D'autre part, il est certain que le plus grand nombre des myomectomies sont faites chez des célibataires ou des femmes mariées stériles, sur le premier groupe pour leur permettre le mariage et chez les secondes pour maintenir intact leur pouvoir de concevoir dans la mesure où elles peuvent en être capables.

Tous ces groupes sont relativement infertiles.

Le fait qu'une femme a déjà eu des enfants détermine fréquemment le chirurgien à enlever l'utérus, sous le prétexte qu'elle a eu des enfants et n'en demande pas davantage.

Si la pratique actuelle était renversée et la myomectomie pratiquée plus souvent, chez les personnes dont la fertilité est certaine, un plus grand nombre de grossesses suivrait l'opération.

La crainte que l'utérus après la myomectomie ne puis-

se pas faire les frais d'une grossesse est sans fondement. Il n'y a probablement aucun tissu dans le corps qui résiste aussi parfaitement que le muscle utérin. » (Bonney).

GROSSESSES SUCCESSIVES. — La dernière statistique de Mayo, publiée in *Journal of the American Med. Assoc.*, juin 1920 et rapportée par F. Hidden dans le *Progrès Médical* du 11 décembre 1920, donne des chiffres intéressants, non seulement 33 femmes eurent un enfant, mais encore 12 d'entre elles en eurent deux.

Goullioud, observation XIV de la thèse Benoît-Gonin, donne l'observation d'une femme qui eut successivement trois enfants après avoir subi une myomectomie.

Témoin et Polosson auraient eux aussi observé des grossesses successives.

B.) Le sort de ces gestations

EVOLUTION DE LA GESTATION. — L'on peut dire que dans l'ensemble des faits, l'évolution de la gestation est normale. L'on a beaucoup discuté la question de savoir quelle était la fréquence de l'avortement dans un utérus qui avait subi la myomectomie. Il semble que l'on puisse très rarement attribuer l'avortement à une intolérance de l'utérus causée par l'opération elle-même. Dans une série de vingt cas d'avortements de ce genre, recueillis dans la littérature par Abels, Amman, Goullioud, Martin, Nyström, Schmidt, Témoin et Winter, nous voyons que dans une grande série de cas, l'avortement n'est pas en relation avec l'intervention.

Dans les autres cas où l'on serait tenté d'attribuer l'avortement à l'opération on voit en réalité qu'il est dû à une complication de l'opération et qu'il suffirait de perfectionner la technique opératoire ou les conditions de l'intervention pour les éviter.

Pour 3 cas, observations d'Abels, de Goullioud et de Nyström, l'avortement coïncide avec une récurrence de fibrome et peut-être l'opération a-t-elle été incomplète dans ces cas.

Dans d'autres cas de Nyström et de Winter l'avortement paraît dû à une réaction inflammatoire péri-utérine ou péritonéale que l'on pourrait éviter de nos temps.

Les observations telles que celles de Brown, Bonney, Didier et Hidden montrent que l'utérus tolère parfaitement la présence d'un œuf dans sa cavité, malgré l'étendue et la multiplicité des lésions, et malgré l'ouverture de la paroi utérine. D'ailleurs l'exemple des gestations successives observées en particulier par Mayo confirme cette idée et aussi la fréquence des gestations bien supportées après l'opération césarienne.

Au cours de la gestation les accidents signalés sont extrêmement rares et sont le plus souvent l'hémorragie par insertion basse du placenta. L'interruption prématurée de la gestation n'est pas plus fréquente que chez les autres femmes et peut habituellement être expliquée par quelque affection intercurrente.

ACCOUCHEMENT. — L'accouchement ne mérite guère de particularités qui méritent d'être signalées.

LES PRÉSENTATIONS. — Sur 100 accouchements relatés par Benoit-Gonin, on trouve 96 présentations céphaliques normales ce qui est certainement une proportion favorable. Il y avait en plus 3 présentations du siège et 1 de la face.

LE TRAVAIL. — Nous manquons malheureusement de documents pour avoir une opinion justifiée sur cette question.

D'après Goullioud, il semble que l'utérus ait conservé, en général, une valeur contractile normale.

M. Morisson-Lacombe, dans sa thèse, a montré que la cicatrice pouvait, en quelque sorte, constituer un écran qui arrêtaît les contractions utérines, c'est ce que les Américains appellent les interférences. Les applications de forceps sont assez fréquentes, il faut bien avouer qu'elles ont été exécutées parfois par un sentiment de prudence compréhensible surtout lorsque la cavité utérine a été ouverte en plusieurs points. L'on ne peut dire dans ces cas qu'il y ait eu danger de rupture mais simplement, chez l'accoucheur, une crainte de rupture.

RUPTURE UTÉRINE. — On ne trouve, dans la littérature, que trois cas de rupture, un cas de Kronlein, un cas de Doderlein et un cas de Frankenthal et encore dans ce dernier cas, la femme avait eu antérieurement un accouchement normal.

Peut-on dire que ces ruptures soient en rapport, soit avec l'ouverture de la cavité utérine, soit avec le nombre

des incisions, il ne semble pas. En effet, dans des statistiques récentes comme celles de Mayo, dans des interventions étendues et parfois compliquées comme celles de Goullioud, enfin dans l'intervention toute récente et si vaste de Didier et Hidden qu'un confrère qualifiait d'« acrobatie chirurgicale », on n'a vu aucune rupture. Les quelques cas de rupture signalés sont déjà anciens, ils paraissent plutôt dus à une infection légère ayant rendu la cicatrice moins solide.

Il n'en reste pas moins vrai que la cicatrice constitue un lieu de moindre résistance et que l'on aura à cœur de surveiller plus attentivement l'accouchement des femmes ayant subi la myomectomie.

DÉLIVRANCE. — Sur les 100 observations de Benoît-Gonin, on relate un seul cas de complication de la délivrance ayant nécessité une intervention. Les suites de couches ont été aussi simples.

LES ENFANTS. — Les enfants ne paraissent à priori avoir aucune raison de présenter des anomalies. La cavité utérine présente si peu de déformation qu'on ne trouve pas un cas sur 100 de présentation oblique. Il y a cependant une observation de malformations fœtales très marquées. (Observation de Goullioud) et l'auteur qui s'est d'abord demandé si l'enfant n'a pas été gêné par une ampliatio*n* insuffisante de l'utérus, dit un peu plus loin qu'il ne croit plus que la myomectomie puisse être rendue responsable de ces malformations et qu'il faut rechercher une autre cause.

OBSERVATIONS

Observation de M. Goullioud. (*inédite*). — Mlle de C..., âgée de 28 ans, vient me consulter en février 1918 pour un fibrome du volume d'un utérus gravide de 3 mois.

Elle n'a pas renoncé à l'idée du mariage.

Je préconise un traitement médical d'attente.

En décembre, la question du mariage se pose, cependant les pertes ont augmenté et le fibrome se rapproche de l'ombilic, faisant saillie en avant et à droite.

Espérant pouvoir faire une myomectomie dans l'avenir, je ne déconseille pas le mariage qui a lieu en août 1919.

Quelques mois après, les pertes deviennent graves, et en avril 1920, l'anémie rend une intervention urgente.

L'opération a lieu le 17 avril 1920 sous anesthésie à l'éther.

L'utérus, hors du ventre, il semble y avoir deux fibromes, un sur la face postérieure, le plus important, un second sur la face antérieure.

Incision médiane sur la face postérieure saillante. On peut énucléer un gros fibrome avec deux ou trois autres moins importants, mais ne faisant qu'un bloc.

La face antérieure était seulement refoulée sans refermer de fibrome distinct. Surjets au triolet de la cavité du fibrome, des tranches de section de la paroi utérine, et enfin surjet superficiel séro-séreux avec un catgut plus fin et une aiguille non tranchante.

On ramène l'épiploon au niveau de la ligne de suture.

Fibrome gros comme une tête fœtale.

Suites opératoires simples.

En novembre la jeune femme manifeste un peu de déception de ne pas être devenue encore enceinte et je parle d'une dilatation du col possible dans quelques mois.

Cependant une grossesse commençait déjà, grossesse accompagnée d'albiminurie mais à évolution normale jusqu'au 8^e mois, où le travail se déclare.

Je dois les détails suivants au médecin qui assista à l'accouchement.

Enfant mal conformé, présentant deux circulaires du cordon facilement réduites. Il naquit vivant, fit une ou deux pénibles inspirations, mais ne put être ranimé. D'ailleurs, il présentait un aspect très spécial, sauf au niveau de la tête qui était par ses dimensions, celle d'un fœtus de 8 mois environ.

L'ensemble paraissait tassé dans le sens vertical et tassé fortement.

Le thorax, de dimensions très réduites dans son ensemble, avec un diamètre bi-acromial de 6 à 7 cm à peine, s'évasait à son extrémité inférieure mais paraissait encore trop étroit pour contenir le foie qu'on voyait en entier faire saillie jusqu'au-dessous de l'ombilic.

Les membres inférieurs étaient extrêmement courts, les deux pieds bots varus venaient joindre leur face plantaire au niveau de l'ombilic qu'ils atteignaient à peine.

Aucun signe de spécificité ne fut observé ni du côté de l'enfant qui naquit vivant sans aucune lésion cutanée, ni du côté du placenta. L'albuminurie ne paraît pas en cause.

« J'ai eu l'impression que l'enfant avait été gêné par une ampliation insuffisante de l'utérus, mais ce n'est qu'une hypothèse impossible à vérifier ».

Tous les autres faits observés de grossesses normales ne permettent guère d'admettre cette hypothèse que nous avons cependant voulu signaler.

Nous ne croyons pas pour notre part que la myomectomie puisse être rendue responsable de ces malformations.

Aucune nouvelle grossesse n'a été signalée jusqu'ici.

Obs. XIV. (*in Thèse de M. Benoît-Gonin*). — Mlle M..., Joséphine, âgée de 25 ans, est adressée au Dr Goullioud, le 28 juillet 1905, pour une tumeur abdominale constatée depuis quelques jours seulement.

A l'examen. — Tumeur dure, un peu irrégulière, dépassant déjà l'ombilic à gauche; la crainte qu'il ne s'agisse d'une tumeur maligne plutôt que d'un fibrome l'a fait opérer sans retard; cette jeune fille est d'ailleurs bien réglée. L'opération a lieu le 4 août 1905. Le ventre ouvert, on constate une tumeur du fond de l'utérus, ce dont on se rend compte par le siège de l'insertion des annexes.

Diagnostic opératoire. — Fibrome du fond de l'utérus mais non pédiculé. Etant donné l'âge de la malade on se décide pour une myomectomie en faisant sur le fond de l'utérus une excision losangique un peu irrégulière dont un des angles atteint l'origine des annexes gauches qui sont enlevées.

La suture est faite suivant la technique habituellement employée par le Dr Goullioud, c'est-à-dire avec surjets successifs, l'un de capitonnage servant à l'hémostase, et un plus superficiel, séro-séreux permettant un adossement plus parfait des tranches de l'utérus. Un drain a été placé par prudence.

Les suites opératoires ont été simples avec une température de 37°4 et 38°6 le lendemain de l'opération;

37°8 et 38°1 le deuxième jour.

37°7 et 37°8 le quatrième jour.

Pouls à 104 le premier soir. Drain enlevé le 4^e jour.

27 avril 1907. — Deux ans après l'intervention, la malade vient se montrer et on peut estimer le résultat comme excellent.

L'opérée dit qu'en effet elle peut travailler comme avant le début de sa maladie.

Les règles sont faibles durant deux jours au lieu de huit.

A l'examen local on trouve un utérus de volume normal. Elle a un projet de mariage.

28 avril 1910. — Cinq ans après l'opération, le Dr Goullioud, reçoit des nouvelles par la mère de l'opérée; il apprend ainsi que la jeune fille s'est mariée peu après la dernière visite, et qu'elle a eu deux accouchements qui ont été tellement faciles, n'ayant duré que quelques heures qu'on a eu à peine le temps d'aller chercher la sage-femme.

29 août 1913. — La malade vient présenter sa famille au Dr Goullioud : aux deux enfants précédents, s'est ajoutée une petite fille de dix mois, tous en bonne santé.

L'examen de la mère montre un utérus de volume normal, en position normale. Cicatrice de la paroi abdominale excellente. Ne porte aucune ceinture.

Obs. XVI. (Dr Goullioud) (*in thèse Benoît-Gonin*). — Mlle F..., vingt-sept ans, brodeuse, rentre à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon sur les conseils du Dr Durand de Charly, le 20 mars 1901.

Depuis trois mois, elle a vu son ventre grossir rapidement sans souffrances et sans troubles du côté de ses règles qui sont restées normales.

Son ventre présenté le volume d'une grossesse de sept mois et laisse sentir à la palpation une grosse masse dure, lobulée, développée surtout à gauche et remontant à l'épigastre, assez mobile. Le toucher vaginal montre l'utérus refoulé à droite et l'excavation remplie par la tumeur.

23 mars 1901. — Laparotomie. On tombe sur une énorme tumeur développée aux dépens du fond de l'utérus sur sa face postérieure, présentant des adhérences filamenteuses et vasculaires avec l'intestin — le gros intestin. Incision circulaire sur le pourtour du fond de l'utérus et de la tumeur que l'on isole ainsi par énucléation dans sa partie pédiculisante; les surfaces de section sont très vasculaires et nécessitent une hémostase soignée.

On procède ensuite au capitonnage de la tranche utérine par deux surjets au catgut Repin dont le premier est uniquement musculaire et dont le second prend la séreuse en même temps. On fait enfin un troisième surjet séro-séreux destiné à enfouir la ligne de suture précédente dans un repli du péritone.

A la fin de l'intervention, on fait de l'hémostase au niveau des adhérences libérées qui suintent un peu et on enlève également quatre petits noyaux fibromateux sus-séreux.

Le ventre est refermé par trois plans de suture sans drainage.

Le poids de la tumeur enlevée est de 2 kilos 500.

Le Dr Goullioud pense qu'il s'agit probablement d'un simple fibrome; cependant vu l'aspect un peu spécial de la tumeur et son développement très rapide, il fait une réserve pour un fibrosarcome. Comme c'est en plein tissu utérin, que s'est faite la décortication, car il n'y avait pas de plan de clivage, il faudra surveiller cette malade et faire une hystérectomie totale en cas de récurrence. C'est l'âge de la malade seulement qui a indiqué l'opération conservatrice.

Les suites furent simples : la température n'atteignit pas 38 degrés et la malade partit guérie vingt jours après l'intervention.

4 décembre 1903. — Résultat remarquable, utérus plutôt petit pour une aussi forte femme, en bonne position.

Règles régulières durant quatre jours, non exagérées.

Etat général très bon, demande si elle pourrait se marier.

20 septembre 1913. — La malade s'est mariée et a eu en 1906 une grossesse absolument normale terminée par un accouchement facile et spontané qui donna naissance à un garçon bien constitué et actuellement bien portant. La délivrance se fit sans incident ni hémorragie et depuis lors, l'état général et génital de la malade est resté excellent.

Obs. XIII (Dr Goullioud). — Mme Jean G..., âgée de vingt-cinq ans entre à l'hôpital Saint-Joseph le 30 mai 1905. Père mort

de phlébite; un frère ayant eu à vingt-et-un ans une fièvre typhoïde avec phlébite de la jambe gauche d'une durée de six semaines. Personnellement, réglée à onze ans régulièrement; mariée à vingt-trois ans; fausse couche de deux mois à vingt-quatre ans; fausse couche de cinq mois à vingt-cinq ans avec phlébite de la jambe droite. A la suite de sa dernière fausse couche, la malade a remarqué que son ventre grossissait avec règles douloureuses mais sans ménorragie ni métrorragie. A toujours eu d'abondantes pertes blanches.

A l'examen. — Tumeur du volume d'un utérus gravide à cinq mois, médiane, globuleuse, dure sans rénitence, entraînant dans ses mouvements le col utérin. Vu l'âge de la malade, la myomectomie est indiquée: poumons = 0 cœur = 0, urine = 0.

7 juin 1905. — Intervention. Laparotomie médiane sous-ombilicale, fibrome développé aux dépens du fond de l'utérus; incision elliptique circonscrivant la tumeur qui s'énuclée facilement mais avec ouverture de la cavité utérine sur une petite étendue.

1^o Surjet de fermeture de la cavité utérine.

2^o Surjet de capitonnage.

3^o Surjet séro-séreux. Etalement pelvien de l'anse sigmoïde. Drain enlevé le quatrième jour.

Examen de la pièce. — Myome rouge vif du poids de 1.390 gr.

Indication du Dr Goullioud. — « J'aurais mieux fait de ne pas réséquer tout le fond chez une jeune femme s'il survenait une grossesse ».

Exeat le 21 juin, bien guérie.

En août 1916, à la suite d'une fausse couche de trois mois, la malade présente des hémorragies fréquentes et des douleurs abdominales. Le médecin traitant a reconnu la présence d'un nouveau fibrome; depuis la malade a été perdue de vue, et malgré nos recherches nous n'avons pu savoir ce qu'elle était devenue.

Obs. XV (Dr Goullioud) (*in thèse de M. Benoît-Gonin*). —

Mme Marie R..., trente ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 23 février 1903, pour tumeur abdominale.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère atteinte de goitre, avec accès dyspnéiques; quatre frères et une sœur bien portants; un frère mort à vingt-quatre ans de phthisie pulmonaire.

Antécédents personnels. — Pas d'affections graves antérieures; réglée à quinze ans, régulièrement. Mariée à vingt-six ans; mari alcoolique (qui présenterait des accès de délirium terrens?) A vingt sept ans, après dix mois de mariage une fausse couche de trois mois et demi sans complication.

A vingt-neuf ans, un enfant actuellement bien portant, accouchement normal et à terme à la maternité de Lyon, au cours duquel on aurait constaté l'existence d'un fibrome; à la suite les règles se sont rétablies mais abondantes et durant huit jours; à son entrée dans le service du Dr Goullioud on constate l'existence d'une tumeur résistante, mobile, indolore, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; au toucher vaginal le col est en arrière, les culs-de sac sont libres, les annexes non perçues et la tumeur inaccessible.

Cœur = 0, poumons = 0, urine = 0.

25 février. — Interventions : anesthésie très pénible. Le mari étant alcoolique la femme a dû suivre son exemple.

Laparotomie sous-ombilicale : diagnostic opératoire : fibrome interstitiel de la paroi antérieure : incision de l'utérus sur la tumeur; plan de clivage rapidement trouvé et décortication facile.

Suture. — Capitonage au catgut Repin intra-cavitaire; suture de la paroi utérine au chromique. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage. Le myome enlevé, du poids de 150 gr, a le volume de deux poings d'adulte.

Les suites opératoires furent un peu compliquées. Le lendemain de l'opération la malade a 39°3 le matin, 39°6 $\frac{1}{2}$ le soir avec pouls à 120 et la malade présente un léger suintement sanguin vaginal. Les jours suivants, la température et le pouls baissent

lentement et régulièrement. L'écoulement vaginal disparaît le quatrième jour.

8 mars. — La température qui était le matin à 37°8, monte le soir à 38°2; on sent dans la fosse iliaque droite un plastron remontant à trois doigts de l'épine iliaque et qui simulerait un plastron d'appendicite. Il s'agit probablement d'un hématome. Ablation des fils, bonne suture.

10 avril 1903. — La malade a présenté de la température jusqu'à la fin du mois de mars; elle sort de l'hôpital après dix jours d'apyrexie absolue.

29 mai 1903. — La malade vient à la consultation, au niveau des annexes du côté droit il y a une tuméfaction grosse comme un œuf, mobile avec l'utérus, tout en étant distincte, reste de l'hématocèle indiquée.

En résumé, bon résultat. La malade prétendant avoir un peu d'œdème des mains et des pieds, sera à surveiller au point de vue de ses urines après ses règles.

6 juillet 1903. — La malade va bien, hématome à peu près résorbé.

1^{er} février 1904. — Se plaint de souffrir un peu dans le ventre quand elle veut piquer à la machine.

L'utérus est d'un volume normal, en bonne position; un peu d'épaississement de la corne droite; le résultat de la myomectomie est donc bon. Comme il y a un peu de glissement de la paroi postérieure du vagin, on met une petite boucle en berceau.

9 mai 1904. — Vient à Lyon en promenade, ayant un retard de règles de huit jours : tout à-coup, malaises, coliques et petites pertes; l'utérus étant un peu gros, le Dr Goullioud conseille à la malade de rester à l'hôpital Saint-Joseph, mais le mari, gris, ne comprend rien et l'emmène.

19 octobre 1908. — La malade vient se montrer, parce que les deux ou trois dernières règles ont été douloureuses; elles durent quatre jours, mais n'ont rien d'exagéré comme intensité, l'utérus un peu augmenté de volume remonte à trois doigts de l'ombilic.

3 mai 1909. — L'utérus présente un volume normal et en bon-

ne situation; vient se montrer parce qu'elle a peur d'avoir contracté quelque chose de son mari qui a un écoulement.

La malade devient enceinte en 1911 et rentre le 10 octobre 1911 dans le service du Dr Commandeur qui a eu l'obligeance de nous indiquer son observation.

Dernières règles du 9 au 12 janvier; premiers mouvements actifs perçus vers la fin mai, vomissements matinaux au début de la grossesse; pertes blanches pendant toute sa durée; pas d'albumine dans les urines; à son entrée utérus légèrement dévié à droite, ventre cordiforme hauteur du fond, 33 centimètres; tension des parois souples; tête mobile, bruits du cœur normaux perçus à droite.

10 octobre. — On constate un utérus à fond large, étalé avec amincissement notable de la corne utérine gauche qui, au moment des contractions fait une saillie rénitente du volume d'une grosse tête fœtale et qui se distingue du reste de l'utérus par un léger sillon; sur la paroi antérieure au-dessus de l'ombilic et un peu à droite, on sent comme un épaissement de la paroi qui paraît être un fibrome et siégerait dans la corne utérine droite; tête dans la fosse iliaque gauche; dos en arrière avec les petites parties fœtales très facilement perceptibles dans la région avoisinant l'ombilic. Au toucher, le col est élevé, très ramolli, dévié à droite, en arrière et très haut, une masse arrondie faisant peu saillie dans le cul-de-sac postérieur, un peu mollassse et qui pourrait être un fibrome.

12 octobre. — Cette disposition semble avoir été donnée par une contraction passagère de l'utérus, tête dans la fosse iliaque gauche; bruits du cœur entendus à droite.

16 octobre. — H. U = 29 centimètres; présentation transversale.

26 novembre. — H. U = 32 centimètres; tête dans la fosse iliaque gauche, aucune partie fœtale n'est engagée, bruits du cœur perçus à droite, dans l'hypocondre droit on a l'impression d'un siège; il est impossible de trouver une petite partie fœtale ni de ballottement céphalique; utérus coraiforme.

29 novembre. — Présentation céphalique en O. I. G. T.

La tête tend à se fixer en attitude intermédiaire.

5 décembre. — A deux heures du matin, la malade accuse les premières douleurs, qui surviennent toutes les vingt minutes; à 8 h. 30, elles deviennent plus fréquentes, toutes les cinq minutes, et on conduit la malade à la salle de travail; l'examen montre au détroit supérieur une tête en déflexion en M. I. D. P.

Les bruits du cœur sont réguliers, le col est épais, dilaté à 3 centimètres. Les contractions apparaissent toutes les trois minutes; à 10 h. 45 la présentation de la face est fixée au détroit supérieur; à 2 heures, les contractions deviennent expulsives; au toucher on constate que la dilatation est à peu près complète et on rompt artificiellement les membranes: le liquide qui s'écoule est verdâtre, peu abondant, les contractions s'espacent et n'apparaissent que toutes les six minutes; la malade pousse mal, à 2 h. 55, la valve s'entr'ouvre, le périnée bombe et on aperçoit une joue, la rotation est effectuée à 3 heures et le menton se fixe sous la symphise; à ce moment les bruits du cœur faiblissent, sont comptés à 112 et on voit s'écouler du liquide amniotique purée de pois. On fait du Kristeller et le dégagement se fait sans incident.

L'enfant, du sexe masculin, né en asphyxie bleue est ranimé après dix minutes par un bain chaud, frictions à l'alcool camphré, respiration artificielle: il pèse 3 kg. 370. La délivrance survient quinze minutes après, le placenta survenant par sa face foetale complet, ainsi que les membranes.

La malade a présenté une température élevée jusqu'au neuvième jour attribuée à la constipation. Le dixième jour elle revient à la normale jusqu'au 17^e jour, date à laquelle la malade quitte le service dans un état satisfaisant.

4 juillet 1913. — Vue par le Dr Goullioud. Enfant bien portant. Règles durant trois jours, le premier jour, perd peu, le deuxième davantage et le troisième, peu; règles moins abondantes qu'à vingt ans, naturellement moins abondantes qu'avant l'opération, mais aussi moins abondantes qu'avant la dernière grossesse.

Utérus volumineux, comme à trois mois de grossesse à peu près, allongé verticalement en bonne position, remontant à quatre doigts au-dessus du pubis sans saillie fibromateuse appréciable. Bonne cicatrice abdominale qui n'a pas lâché, ventre un peu gros de femme grasse.

Obs. XVII de la thèse de *M. Benoît Gonin*. (Dr Goullioud). — Mme R..., Marie-Louise, vingt-sept ans, ouvrière en soie, rentre le 12 septembre 1904 à l'hôpital Saint-Joseph.

Antécédents héréditaires. — Père mort à trente quatre ans du choléra; mère morte à trente-six de méningite. Troissœurs bien portantes, une sœur morte en bas-âge.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans, règles régulières, abondantes et douloureuses. Mariée à 22 ans; mari bien portant. Pas d'enfants; une fausse couche à 25 ans de 6 mois et demi, qu'elle attribue à un emploi exagéré des calmants pour une névralgie faciale qui dura un mois. L'affection actuelle semble avoir débuté à la suite de la fausse couche par des douleurs abdominales peu intenses, s'irradiant dans les lombes et la face interne des cuisses; quelques troubles vésicaux, les dernières règles ont été très abondantes et très douloureuses.

Le palper abdominal combiné au toucher montre un collégèrement entr'ouvert non ramolli, de consistance normale, déjeté à gauche; le corps utérin est dur, gros comme un utérus gravide de trois mois et demi, fixé, on ne sent pas de fibrome isolé.

Le toucher rectal indique de même un utérus, fixé, globuleux, semblant enclavé dans le bassin; on ne sent pas de lésions annexielles. Pas de températures. Poumons = 0, cœur = 0, 21 septembre 1904. — Laparotomie par le Dr Goullioud.

L'utérus apparaît gros, couvert de bosselures, complètement enclavé dans le bassin, difficile à amener au dehors. Néanmoins, on tente une myomectomie qui, de prime abord, sera difficile.

28 septembre. — La malade a bon aspect; la plaie va bien et ne présente pas de suppuration; la température reste cependant élevée au-dessus de 38 degrés et est mise sur le compte de la résorption intra-utérine.

4 octobre. — La malade se plaint de mictions fréquentes et douloureuses; les urines contiennent du pus; lavages boriqués quotidiens.

13 octobre. — Il persiste sur la ligne de suture une petite plaie non cicatrisée présentant un suintement purulent très léger

16 octobre. — La malade part avec une température atteignant encore le soir 37°6 ou 37°8.

2 janvier 1905. — Rentrée chez elle, la malade a présenté au niveau de l'orifice de la mèche une petite suppuration par laquelle s'élimine du catgut. L'utérus est en bonne position.

29 mai 1905. — La malade raconte que l'élimination du fil de catgut chromique a duré 6 mois. Elle vient à la consultation en se plaignant de douleurs au bas de l'épine dorsale quand elle se relève. L'utérus, d'un volume tout à fait normal est en bonne position.

9 mars 1906. — La malade venant à Lyon pour affaires se présente à la consultation; l'état général est bon, ne souffre pas, peut faire son ménage mais ne travaille plus à l'usine.

La malade qui, habituellement a repris des règles régulières durant environ quatre jours, se présente avec un retard de règles de huit jours. Le Dr Goullioud pense à une grossesse possible mais le toucher vaginal est un peu déconcertant. L'utérus est refoulé à droite par une tuméfaction accolée à la corne gauche, ni très dure, ni très molle de même forme sensiblement que l'utérus dont le volume est normal. Peut-être s'agit-il d'une grossesse ectopique.

30 avril 1906. — Vient à la consultation. La grossesse utérine se développe normalement. Premier jour des dernières règles : le 5 ou 6 février. L'utérus est bien développé et les symptômes notés lors de la dernière visite sont probablement dus à des adhérences à gauche.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée, du poids de 1 kilogramme 200, comprend l'utérus avec les tumeurs développées à ses dépens et les annexes.

Cathétérisme de la cavité utérine: 11 centimètres à l'hys-

téromètre. Vu extérieurement, on constate que les néoformations se sont développées aux dépens des parties latérales.

Sur la face antérieure, on voit une dépression linéaire qui correspond à l'incision faite lors de la première intervention pour le fibrome de la paroi antérieure.

Sur la face postérieure, on voit également la cicatrice de l'ancienne incision, mais avec, en plus, des résidus de fils chromiques employés pour les sutures et qui apparaissent sous forme de petits points verdâtres symétriquement disposés. Du côté gauche, les annexes sont relativement saines et non adhérentes, quoique déviées par les tumeurs. Du côté droit, on constate une adhérence marquée et une déviation de la trompe et de l'ovaire telle, que le pavillon est venu adhérer à l'utérus, au voisinage de l'isthme.

A la section de l'utérus, sur la face antérieure, on voit que la cavité utérine est très augmentée de volume et qu'à son intérieur vient faire saillie un noyau développé dans l'épaisseur de la paroi gauche; incisées on constate que ces néoproductions sont formées de masses assez régulièrement arrondies, très facilement énucléables, de consistance ferme, de couleur blanc rosé, montrant la disposition des faisceaux de fibres en tourbillon des myomes typiques.

La plus volumineuse de ces masses est située sur le bord gauche de l'utérus.

Sur le bord droit, on note également la présence de deux myomes, mais dont l'un est devenu sous-péritonéal, occupant l'épaisseur du ligament large.

Examens histologiques. — 1° Coupe au niveau de l'ancienne myomectomie. Au niveau de la cicatrice on distingue des faisceaux musculaires abondants, entremêlés de quelques faisceaux de tissu conjonctif jeune. A côté, on retrouve le tissu musculaire normal.

2° Coupe du fibrome. Aspect de fibromyome typique.

3° Coupe de l'ovaire. Il s'agit d'un ovaire largement sclérosé. La malade, très contente d'avoir eu deux enfants n'a pas tenu

rigueur à son chirurgien de l'avoir exposée à une deuxième intervention.

1^{er} novembre 1906. — Lettre de la malade annonçant le maintien de la grossesse.

5 novembre 1906. — L'examen de l'abdomen ne révèle rien de particulier, présentation du sommet qui plonge dans l'excavation, donc pas de sténose. Bonne ligne de suture, pas d'albumine.

19 novembre 1906. — Accouchement spontané sans incident.

14 novembre 1912. — La malade a eu un deuxième enfant avec accouchement normal par le Dr Tête de Voiron.

Actuellement les règles sont douloureuses et abondantes. On sent un utérus de forme irrégulière dont le fond remonte à 3 ou 4 doigts au-dessus du pubis. Il semble qu'il y ait sur le côté droit un fibrome du volume d'une orange. Le fond fait saillie sous la paroi abdominale et l'on se demande s'il n'est pas fixé à ce niveau. On prescrit *hydrastis canadensis* et ergotine.

27 janvier 1913. — Vient à la consultation parce que ses règles, bien que régulières, sont trop abondantes.

A l'examen, on reconnaît un fibrome remontant à trois doigts au-dessous de l'ombilic.

La cicatrice n'a pas donné lieu à une éventration mais il faut dire que le fibrome est plaqué contre la paroi abdominale à la partie inférieure de la ligne de suture empêchant ainsi l'éventration au niveau de l'ancien point de drainage.

Le fibrome est gros comme un fœtus de trois à quatre mois, développé surtout à gauche et sur la ligne médiane; à droite on sent également une petite masse.

Les pertes, quoique considérables, n'ont pas anémié la malade. On propose une hystérectomie.

18 avril 1913. — Intervention par le Dr Goullioud. Excision de l'ancienne cicatrice et ouverture du péritoine, on trouve l'anse sigmoïde fortement adhérente à l'utérus fibromateux; la dissection de ces adhérences est pénible et difficile, on déchire la tunique musculaire du gros intestin qu'on répare sur place

avec des points au fil de lin; finalement un plan de clivage permet de la séparation. On fait alors une hystérectomie abdominale totale sans incident. Fermeture de la paroi avec 3 plans de suture. Suites simples.

On commence par un myome de la face antérieure, incision verticale sur la ligne médiane, permettant de trouver facilement un plan de clivage, énucléation du myome suivie du capitonage de la plaie par deux plans de suture avec du catgut Repin fort.

On répète la même manœuvre sur la face postérieure, on fait saillir un noyau du volume d'une mandarine; pendant l'incision, faite de manière à circonscrire en outre un autre petit noyau superficiel, il s'écoule un liquide puriforme venant du tissu de la tumeur beaucoup plus molle que la précédente; elle se laisse énucléer assez facilement et la paroi utérine est fermée par deux plans de suture avec du catgut Repin suivis d'une suture superficielle ou chromique.

Après réduction de l'utérus dans le petit bassin, pas d'hémorragie. On laisse une mèche de gaze iodoformée sur la face postérieure de l'utérus, et on referme la paroi abdominale par un triple plan de suture.

Le poids des myomes enlevés est de 212 grammes.

Celui de la face antérieure présente à la section un tissu rougeâtre comme de la viande à peine cuite.

L'autre est rempli d'un liquide épais, verdâtre, puriforme, contenu dans les mailles d'un tissu fibreux se laissant facilement déchirer.

Les suites opératoires furent compliquées.

22 septembre. — Pouls à 120; température à 38°2 le soir, souffre un peu du ventre; oppression légère; pas d'émission de gaz; urine spontanément, pas de balonnement, léger suintement au niveau de la plaie, facies assez bon.

23 septembre. — La température se maintient à 38° 2, pouls à 116. Une purgation n'ayant pas donné de résultat est complétée par un lavement purgatif qui amène une émission de gaz

et une selle abondante. A eu quelques nausées, sans vomissements.

24 septembre. — On enlève la mèche abdominale, il s'écoule une certaine quantité de sang; l'état général est bon.

25 septembre. — Petits frissons, céphalée, température à 39°2. Ces symptômes semblent se rattacher à une indisposition passagère (rhume); ne souffre pas de l'abdomen.

Observation de MM. Didier et Hidden. — Madame D..., Aline, couturière, âgée de 29 ans, appartient à une famille de 9 enfants dont 4 seulement sont encore vivants; deux sont morts en nourrice, un autre à 6 mois de méningite, deux autres à l'âge adulte. Les parents de Madame D..., sont vivants, en bonne santé, âgés respectivement de 66 et 64 ans.

Elle-même est née à terme, a fait ses premiers pas à l'âge de un an, a été réglée à 11 ans, bien régulièrement durant les premières années; elle s'est mariée à l'âge de 26 ans, sans avoir jamais présenté de maladie grave. Les malaises débutent en janvier 1919 et ce n'est qu'en janvier 1920 qu'elle vient consulter l'un de nous, se plaignant d'avoir depuis 7 mois environ des modifications des règles, modifications portant surtout sur l'abondance de l'écoulement menstruel et sa durée.

Les règles sont devenues petit à petit plus abondantes, elles durent 7 à 8 jours et sont douloureuses.

A l'examen on constate que l'utérus est basculé en arrière et présente à la face postérieure et à droite un noyau fibromateux, il est parfaitement mobile, il n'y a pas de lésions annexielles.

La malade est soumise à un traitement purement médical consistant surtout en balnéation interne chaude avec des soins d'hygiène et du repos.

Mais elle n'est guère améliorée et présente 6 mois après en juin 1921 une métrorragie abondante durant 15 jours qui l'affaiblit considérablement. Elle va à ce moment consulter dans divers services hospitaliers, où on lui conseille tantôt les rayons X ou le radium, tantôt une intervention chirurgicale radicale.

Nous la voyons à nouveau et lui proposons une opération conservatrice.

Elle est mise au courant des conséquences pour l'avenir et des risques que peut lui faire courir l'hystérotomie. Elle accepte l'intervention ayant le grand désir de pouvoir avoir des enfants.

A cette époque l'utérus était nettement augmenté de volume depuis notre premier examen. La tumeur remontant à plus de 4 travers de doigt au-dessus du pubis, l'utérus présentant en plus du fibrome principal (en haut et à droite) des bosselures multiples, indices d'un grand nombre de noyaux.

Les hémorragies sont de plus en plus abondantes.

Opération le 29 juin 1920 à 10 heures, sous anesthésie générale au chloroforme. On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale, l'utérus est de suite amené et extériorisé; on le maintient au moyen de l'hystérolabe. Au premier abord, il semble un peu risqué pour ne pas dire impossible, de faire une opération conservatrice.

L'utérus est gros, le fibrome principal est de la taille d'une petite orange, toute la matrice est farcie de noyaux, allant du volume d'un œuf à celui d'une bille; les annexes droites sont en très mauvais état, l'ovaire est gros, scléro-kystique, avec un kyste très important (sans aucune adhérence d'ailleurs).

On se décide néanmoins à tenter la conservation.

On attaque le premier fibrome, il est interstitiel — encapsulé. — On incise l'utérus en haut et à droite pas très loin de la corne droite, une petite pince de Museux est plantée sur la tumeur que l'on décortique vite du bout des ciseaux courbes; on laisse une compresse dans la cavité.

Puis on attaque successivement tous les noyaux. Ils sont plus ou moins faciles à extirper, quelques-uns sont sans capsule, leur limite n'est pas très précise dans le tissu utérin, on est obligé de les enlever un peu largement; on ouvre quatre fois la cavité utérine pour avoir quatre noyaux adhérent intimement à la muqueuse.

Les incisions de la cavité faites, on touché à l'iode la section et on assèche soigneusement le suintement sanguin; puis de fins surjets au catgut sont faits sur la muqueuse, les brèches sont refermées une à une par plan au catgut, les derniers points serrés un peu lâchement.

Les neuf incisions suturées, l'utérus affaissé dans la plaie est véritablement dilacéré, il saigne un peu; on applique sur lui pendant quelques minutes une compresse alcoolisée. Pendant ce temps, on enlève les annexes droites, impossibles à conserver, l'ovaire gauche paraît tout à fait sain.

Pour finir, on extirpe l'appendice assez long et épais, section au thermocautère, enfouissement du moignon au fil de lin.

L'utérus ne saigne plus du tout. On referme la paroi abdominale par trois plans séparés, la peau au fil de lin. Aucun drainage : ni abdominal, ni vaginal.

Les suites ont été absolument normales, sans température, sans pertes, la malade se lève après treize jours, elle rentre chez elle le 14 juillet en très bon état. Elle se trouve après quelques jours parfaitement rétablie, reprend son travail et acquiert même un certain embonpoint.

L'écoulement menstruel reparait exactement un mois après l'opération et revient régulièrement tous les mois, durant 7 jours en moyenne.

Dix mois après l'opération, en avril 1921, dernières règles; la femme commence une gestation qui évolue très normalement : pas de vomissement, pas d'albuminurie.

Nous la surveillons de très près, l'utérus augmente de hauteur d'une façon progressive très régulière.

A la fin de la gestation, on constate qu'il y a un excès de liquide amniotique; à l'examen, on trouve d'autre part que le bassin est légèrement rétréci, le promontoire étant accessible à bout de doigt.

L'accouchement débute le 19 janvier 1922, la période de dilatation dure 15 h. 30 et pendant tout le temps, les contractions douloureuses sont intenses et rapprochées. Quand la dilata-

tion est complète on provoque la rupture artificielle des membranes, puis l'on attend une demi-heure, le travail d'expulsion ne progresse guère.

Pas mesure de précaution on se décide alors à extraire l'enfant par application de forceps.

Enfant vivant et bien constitué pesant 3 k. 200, placenta pesant 440 gr. ; suites normales, la femme se lève le quinzième jour.

A l'heure actuelle, deux mois après l'accouchement, notre opérée et son enfant sont en excellent état.

CONCLUSIONS

I. Le développement de fibromes peut être considéré comme une perversion de la fonction de reproduction par défaut de fonctionnement et le meilleur moyen de l'éviter consiste pour la femme à avoir des enfants avant l'âge de 25 ans et d'accepter le nombre d'enfants qu'elle est susceptible de mettre au monde et d'élever.

II. Quand pour une raison quelconque, sociale ou autre, la femme n'a pu éviter le développement de fibromes, ceux-ci peuvent être une cause soit de stérilité, soit de complications au cours de la gestation ou de l'accouchement.

III. Le traitement des fibromes doit être envisagé d'une façon très particulière chez les femmes jeunes. Il doit avoir pour but de sauvegarder ou de favoriser la fonction de reproduction et de prévenir les complications qui pourraient survenir lorsque la femme est fécondée, il doit donc être essentiellement conservateur.

IV. La myomectomie lorsqu'elle est possible, est, chez une femme jeune, préférable aux radiations (röntgenthérapie ou curiethérapie) qui déterminent la stérilité.

V. Le volume, le nombre et le siège des fibromes ne sont pas toujours des contre-indications.

VI. Après la myomectomie, la gestation évolue en général normalement et l'accouchement ne présente pas de complication spéciale. La menace de rupture utérine n'est pas plus élevée que celle qui peut suivre accidentellement l'opération césarienne.

Vu

Le Doyen :

H. ROGER.

Vu :

Le Président de la thèse

COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Témoin.** — *Archives provinciales de Chirurgie* (1896).
- Ferendinos.** — *Thèse* Paris 1900.
- Zwibel.** — Enucléation abdominale dans le traitement des fibromes (*Thèse* Paris 1900).
- Gunzburg (Mlle).** — Contribution à l'étude de l'hystérotomie médiane antérieure abdominale ou vaginale (*Thèse* Paris 1900).
- Mormière (Victor).** — *Thèse* sur la « Myomectomie abdominale »
- Monprofit, Tuffier et Pozzi.** — XIII^e Congrès international médecine, Section gynécologie. Paris, août 1900.
- Chevrier.** — *Nouvelles archives d'obstétrique et gynécologie*, 1891.
- Maun (Mathew).** — III^e Congrès triennal des médecins et chirurgiens américains, tenu à Washington le 29, 30, 31 mai et 1^{er} juin 1894.
- Jaboulay.** — *Lyon médical*, 15 novembre 1891.
- Pinard.** — Fibrome et grossesse. *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, Paris 1907, Discussion : P^r Pinard, Doleris et J. L. Faure.
- Hardouin.** — De la conduite à tenir dans la grossesse compliquée de fibrome (*Archives générales de chirurgie*, Paris 1907)
- Sutton (J. B.).** — The inimicality of pregnancy and uterine fibroids, (*Clin. G. London*, 1904 (145-148).
- Thring.** — Six cases of myomectomy during pregnancy (*Journal of obst. and Gynecology*. (*Brit-Eng.* London, 1906).
- Pauchet.** — Uterus double. Fibrome à droite. Grossesse à gau-

- che. Laparotomie. Guérison (*Gazette médicale de Picardie*, Amiens, 1903).
- Budin.** — Grossesse chez une femme opérée d'un hématomètre (*Bull. soc. d'obst. de Paris*, 1903).
- Ascher.** — Zur Casuistik des myomoperationen in *Zeitschrift für Geburtshilfe* 1890.
- Bierner.** — *Centralblatt für Gynæk*, 1897.
- Junior (Amann).** — Achte Versammlung des *Deutschen Gesellschaft für Gynæk*, Berlin, 1899.
- Traub.** — *Nederland Tydsch und Ginec* 1885.
- Schultze.** — *Centralblatt für Gynæk*, 1890.
- Egnstroem (Otto).** — Mitteilungen aus des Gynœks Congrès d'Amsterdam (*Semaine médicale*, août 1899).
- Werder.** — XXIV^e Congrès de chirurgie allemande tenu à Berlin en 1895.
- Couvelaire.** — Myomectomie au cours de la grossesse (*Annales société obstétricale de France*, 1909).
- Bland Sutton (John).** — Fibroids of the uterus. Their pathology, diagnosis and treatment.
- Chavannez et Nadal.** — Myome utérin. Mécanisme de l'irruption dans la cavité utérine (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1913).
- Lœwy.** — Deux cas intéressants de fibrome (*Paris chirurgical* 1913).
- Cross et Fruhinsholz.** — Un cas de grossesse normale après hémihystérectomie pour hématomètre dans un utérus double (*Annales de gynécologie et d'obstétrique* Paris 1913).
- Dorland.** — The choice of myomectomy, hysterectomy or radotomy or radiotherapie in the treatment of uterine fibrox (*Chicago M. Recorder*, 1916).
- Miller (G. B.).** — Etiology of sterility in women (*Ann. G. obst.* n^o; 1906).
- Deaver (J. B.).** — Operative treatment of fibor myomoatous uterine tumors.
- Curtis.** — The etiology of fibromyoms of the uterus. (*J. Inf. Dis. Chicago*, 1916).

- Child (C. G.).** — Abdominal myomectomy and hysteromyomectomy by morrellation (*Tr. Ann. Gynec. soc. Phila.*).
- Mayo (W. G.).** — Myomas of the uterus with special reference to myomectomy (*G. Am. M. Ass. Chicago*, 1917).
- Briggs (W. A.).** — A theory as to the causation of uterine fibromyomata, with some remarks, on their, prevention and conservative treatment. *Endocrinology*, Glendale, Cal., 1917.
- Hirst (B. C.).** — Myoma of the uterus (*Internat. Clin. Phila*, 1917).
- Solomons (B.).** — A note on fibroids and pregnancy. (*Tr. Roy acad. M. Trebaud*. Dublin, 1917).
- Farlane (Mac).** — Uterine fibroids : notes on their diagnosis, complications and treatment based on the observation of 150 cases. (*Glasgow M. J.*, 1917).
- Bonney (V.).** — Myomectomy or hysterectomy (*Brit. M. G. London*, 1918).
- Hedley (G. P.).** — Sterility in women; its causes and treatment (*Univers. M. Rec. London*, 1914).
- Gellett.** — Submucous myoma removed by myomectomy (*Tr. Roy acad. M. Ireland*). Dublin, 1914.
- Donald (A.).** — Discussion on the treatment of fibromyomata of uterus (*Fr. Am. Gynec. soc. Phila*, 1914).
- Mayo.** — Fibroid of uterus Enucleation (*Med. Press and. Circular London*, 1915).
- Werder.** — Myomectomy with extensive resection of the uterus in fibroid tumors (*Tr. Am Ass. obst. et Gynec*, 1914).
- Giles.** — Sterility in women. (*Médical Press. London*, 1919).
- Lespinasse.** — Sterility (*Surg.Clin. Chicago*, 1919).
- Ozenne.** — A propos des complications et du traitement des corps fibreux de l'utérus (*Paris chirurgical*, 1914).
- Barkley.** — A plea for more conservative surgery on the female generative organs (*Kentucky M. J. Bowling Green*, 1916).
- Brown.** — Hysterotomy for large submucous fibroid. (*Am. J. obst. New-York*, 1915).

- Jeannin.** — La médecine française en ces cinquante dernières années obstétrique (*Presse médicale*, Paris 1915).
- Davis (A. B.).** — Myomectomy at the erylth week, pregnancy not interrupted normal delivrrery at term. (*Am. J. obst. New-York*, 1913).
- Perdoux.** — Myomectomie dans une grossesse de 5 mois pour fibrome enclavé (*Arch. prov. de chir.* Paris 1914).
- Py (Louis).** — Contribution à l'étude des myomes rouges (Montpellier, 1913).
- Senebier.** — Note brève sur un siège anatomique non encore mentionné d'une cause de stérilité chez la femme (*Dauphiné Médical*, Grenoble, 1913).
- Masselot et Vignes.** — Comment il faut surveiller un fibromyome utérin (*Gynécologie* Paris, 1913).
- Dartigues.** — *Thèse Paris*, Chirurgie conservatrice de l'appareil utéro-annexiel.
La fibromyomectomie transvaginale conservatrice par colpotomie antérieure (*Gazette médicale de Paris*, 1914).
- Goullioud.** — Fibromes distants et fibromes aberrants d'origine utérine (*Revue de gynécologie et de chirurgie abd.* Paris 1914).
Presse médicale, février 1922.
- Benolt-Gonin.** — Contribution à l'étude des grossesses consécutives à la myomectomie (*Thèse Lyon* 1913).
- Goullioud.** — Cas de grossesse après la myomectomie (*Lyon Médical*, 1914).
- Southwork (G. R.).** — The treatment of fibroid tumors, with a report of one hundrer operations.
- Essen-Moller.** — Uber Konservation myomoperationen (*Monatsch f. Geburtsch und Gynek*, Berlin, 1919).
- Solomons (B.).** — Sterility (*Aury Gynec. et obstetr.* Chicago, 1920)
- Béclère.** — La radiothérapie des fibromyomes utérins. Résultat.
Mode d'action et indications d'après une statistique de 400 observations personnelles (*Annales de gynécologie et d'obstétrique* Paris 1918-1918).

Wurt. — Les fibromes de l'utérus (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris 1919).

Germet (F.). — Traitement moderne des fibromes utérins (*J. de Med. de Paris*, 1920).

Morisson-Lacombe. — Avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne itérative. (Arnette Editeur).

Fontaine. — Myomectomie au cours de la grossesse (1914).

Okinczic. — (*Bulletin médical*, 26 juin 1920) Chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromyomes utérins.

Smith. — Hystérotomie abdominale (*Ohio state medic. Journal* 1^{er} avril 1920).

Tuffier. — *Bulletin académie-médecine*, Paris, 3 juin 1919.

Vignes. — *Journal des Praticiens*, 12 février 1921.

Tuffier. — De l'énucléation des fibromes utérins (*Monographie*, 1904).

